



TITLE:

患者の家族体験から看護の課題を
見つめて―“看護診断”は専門職と
しての自律を助ける切り札となり
得るか―

AUTHOR(S):

内田, 宏美

CITATION:

内田, 宏美. 患者の家族体験から看護の課題を見つめて―“看護診断”は専門職としての自律を助ける切り札となり得るか―. 京都大学医療技術短期大学部紀要. 別冊, 健康人間学 1995, 7: 16-25

ISSUE DATE:

1995

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/49522>

RIGHT:

患者の家族体験から看護の課題を見つめて

—“看護診断”は専門職としての自律を助ける切り札となり得るか—

内 田 宏 美

The Subjects which Confront Nursing Now in the Nursing Diagnosis

Hiromi UCHIDA

ABSTRACT: I experienced my daughter had been sent to a hospital with jaundice. Informed consent was incomplete, and medical trifled with my family. So it inflict pain on us, and we wasted our time and money. To my disappointment, I didn't feel that we were cared for professionally. I think that insufficiency of the nursing autonomy stands in the way of the establishment of the patient's right. The nursing diagnosis is the first step of the nursing process. I try to consider the subject of nursing diagnosis for the nursing autonomy.

Key words: Nursing autonomy, Nursing diagnosis, Nursing process, Informed consent, Patient's right

〈ブ ロ ロ ー グ〉

生後1ヵ月の我が子が8日間の入院をした。最終的には病気ではないことが判明して、めでたく退院できたのだが、十日余りを医療に翻弄されて過ごした。初めは病気が否定されて安堵し、次には私たち家族を身体的・精神的・社会的に翻弄した医療に対して怒り、最後には普段の私らしさで医療に向かえなかった自分自身のふがいなさに気落ちした。

患者の家族の立場での医療体験は、様々な課題を突きつけてきた。看護が専門職となることを夢見てきた私に、専門職として看護婦が自律していくためのハードルが、決して低くはないことを、改めて示してくれたように思う。しかし、そのハードルをいつか飛び越えていくためには、今しっかりと、その高さや距離を見据え

ておかねばなるまい。入院体験を振り返りながら、“看護診断”という局面から看護の課題を見つめ、私自身の看護への思いを整理してみようと思う。

〈実録：これが私の体験した医療です！〉

その日、祖母からプレゼントされた淡いピンクのベビードレスと、お揃いのおくるみを着た我が子を写真に収めると、私はルンルン気分で1ヵ月検診に向かった。何しろ、2,400グラムのスモールベビーが、母乳だけで1,200グラムも体重を増やしているのだから、鼻高々だったのだ。新生児黄疸が消えないまま続いていたが、母乳性のものと考えていたので、全く心配していなかった。助産婦の友人から、一月位続くことはよくあることで、特に低体重児や未熟児は長引く傾向があること、確定診断の為に母

乳を中断するのはデメリットが多すぎて勧められないこと、等、聞いていたので、私は満足して母乳育児を楽しんでいた。全体として元気で、母乳を良く飲み、体重の増え方も順調で、もちろん黄色の良い便が出ているのだから、母乳性黄疸以外考えられない。母乳性黄疸は病気ではないのだ。生後25日目に家庭訪問に訪れたベテラン保健婦も、私と全く同じ見解だった。ところがはじめは母乳性黄疸とみなしていた産科医も、ビリルビン値が24で高値とわかるや、「どこかが詰まっていたらどうする！」と大慌てで、即、大学病院受診となった。紹介状を読んだ小児科医は、「外来で診れるレベルではない。直ぐ入院しなさい。胆道閉鎖・乳児肝炎・母乳性黄疸のいずれかです！」と断言した。ずっと黄色い便が出ているし、体重も順調に増加しているという私の訴えは、「体重は体重。便に色の付く胆道閉鎖もある！」の一言でかき消され、「入院は1週間か、1ヵ月か、場合によってはもっとになるかも」と念を押されて、私の頭の中は真っ白になった。そんなバカな！生体肝移植に少しは関わってきたというのに、胆道閉鎖とは！入院でなければできない検査って、肝生検だろうか…。それまでの幸せから、瞬時に奈落の底へ転落である。

とにかく翌日の入院に向けて準備をしなくてはならない。単身赴任中の夫と田舎の母に、交代で上の子供達の世話をしてもらうためのスケジュールを調整し、親子二人分の入院のための荷造りをし、子供達には事態をしっかり受け止められるよう、充分関わってやらねばならないし…。不安で押しつぶされそうになるのを、現実生活の慌ただしさが、何とか押し止めてくれていた。しかし、20年近く看護の職にありながら、24時間自分の手で育てている我が子の病気に、全く気づけなかったというこの事実が、私を打ちのめした。私の独りよがりの判断で、取り返しのつかないことをしてしまったという自責の念が私を占領して、わが子に対する申し訳なさの不憫さとして、一睡もできなかった。最悪のコンディションの母親と、黄疸はあるが至っ

て元気な子は、とにかくにも翌朝入院した。

午前中の時間全部を使って、病歴聴取、看護情報聴取、診察。緊急の入院にしては、検査に至る前置きが長いのに、少々苛付きながらも、聞かれたことには何でも答えた。担当医には、私の祖父母の兄弟の死因までお答えした。ナースには、NANDAの看護診断枠組みを使ったと思しきデータベースの、全てが文字で埋まるよう協力した。宗教から家庭の事情まで、プライベートなことまで何でもである。優先順位だの必要性だの、野暮なことは言いっこなし。とにかく早く調べて！

午後になって、やっと採血と腹部エコー。その結果、肝機能は正常で肝炎の可能性はないこと、高いのは間接ビリルビンだけで、直接ビリルビンは上がっていないので閉塞性黄疸ではないこと、エコーでも閉塞の兆候は見られないことから、胆道閉鎖の可能性も考えられないことが判明した。入院から僅か4時間足らずで、実にあっけなく病気は否定され、母乳性黄疸という確定診断が下ったのである。夕方近く、夫が肝臓提供の覚悟を決めて、単身赴任先からかけつけたときには、既に、黄疸を退かせるための48時間の断乳が始まっていた。一夜にして天国から地獄へ、そして再び地獄から天国への逆戻りである。余りの落差の激しさに、嬉しさ忘れてしばし呆然。だがしかし、余程安堵したせいであろうか、我に返ったときには、断乳のルールをひた走り始めていた。元々自分では母乳性黄疸だと判断しており、その場合の断乳には問題があると知っていたにもかかわらずである。

一言で断乳といっても、これがそう容易いものではない。母乳オンリーだったので、ミルクの準備は何もない。ミルク、哺乳壺、哺乳壺消毒器、搾乳器、ポット等を急ぎ買いそろえ、早速チャレンジしたが、案の定なかなか上手くはいかない。一吸いしては、嫌がって泣きわめき、哺乳壺の中味は一向に減らない。泣き疲れて眠ったところで、今度は、カンカンに張ってきているおっぱいを搾乳しなければならない。そして、せっかくの母乳は、未練を残さぬよう

に、えいっと流しに捨てるのだ。空腹で、1時間もすれば目を覚まし、不機嫌にぐずり出す。個室とはいえ、泣き出せば、話し声も筒抜けの薄い壁の向こうを気遣って、抱っこであやしてやり過ごす他ないのだ。食事、手洗いもままならない。私は、若い担当医の“外泊許可”を断ってしまったことを、心底後悔したが、後の祭り。どっち路、今朝やっこすっこ運んだばかりの大荷物を、再び抱えて帰宅する気力などありはしなかったのだから。

ミルクを余りにも受け付けないので、夜中近くに巡回で訪れたナースに、このままでは干からびてしましそうだから、一旦母乳に戻して、翌朝ミルクに再チャレンジしてはダメかと相談した。ところが、報告を聞いた担当医の返事は、「ミルクで頑張って。足りなければ点滴で補います。」というものであった。“点滴ですって!?”この時になって初めて、私は、ことの成り行きの異様に驚いた。“冗談じゃない!”添い寝のわが子の寝顔に見入っていると、ここ数日私を翻弄した医療に対する怒りが、沸々と頭をもたげてきた。“そもそも、何でこうして入院してなきゃならないのさ? 人の言うことに耳も貸さないで、勝手に病気に仕立て上げ、有無を言わず入院させて!”その上、病気でもないのに、赤ん坊から命の綱の母乳を取り上げ、ミルクを飲まないなら点滴だって!? 冗談じゃない!”“これだけ世間を賑わしてる、インフォームドコンセントも御存知ない?”だがしかし、“この訳分からん連中相手に、今更異議申し立てて何になる? ノンコンプライアンスのレッテルを貼られるのが落っこさ!”理由はともあれ、行き先をよく確かめせず、途中下車できない特急列車に飛び乗ったのは、他ならぬ私の責任。こうなった以上、無事に終着駅にたどり着くよう、頑張るしかない。”私は心の声をぐっと飲み込んだ。すると、自分でも意外なほど、極自然に「良い患者」になりきれた。毎日採便するために、50個入りの容器を一袋どかっと置いていく無神経さも、入院したからというだけで、毎回おむつを測って尿量を

測らねばならない無意味さも、検温毎に尿量とミルクの摂取量のメモを写していくが、ミルク授乳の現場にはとうとう一度も現れず、そのくせ、夜中には巡回の名の下に、2時間毎に顔を出すおかしさも、みんな感じない振りをして、まとめて蓋をした。今はとにかく、口から水分と栄養を摂らせることだけを考えよう。ミルクが飲めるように、翌朝からメーカーを変えてみましょうというナースの提案を頼りに、とにかく頑張るしかない。いざとなったら、知らんぷりして母乳を飲ませてしまえばよいのだ。母乳を飲ませてならない理由など、ありはしないのだから。

さて、入院の必要など無くなった筈なのに、一向に退院の動きがない。1週間後に予約の取れた腹部エコーを、念のために受けねばならないそうで。“今更何のために?”1日置きにビリルビン値を調べなければならないそうで。“痛い目させて採血しなくても、黄疸の程度を調べる方法があるでしょう?”だが、そこは、足ぬけの恐さには勝てず、黙って耐えて年明けを待つ女郎の悲しさよ。ここでも心の声をぐっと飲み込んで、担当医の外泊許可を有り難く頂戴した。それから退院までの1週間を、採血しに病棟へ行き、結果を聞いては帰宅することを繰り返して、1泊しただけの実に奇妙な8日間の入院生活にピリオドを打った。T.BILは10まで低下。黄疸が無くなって、青みを帯びたプーアな瞳になったのだから、100%ゴールは達成である。勿論、8日間ウン万円の入院費は、耳を揃えてお支払いした。

1週間後の外来フォローで、私は耳を疑った。「母乳性黄疸でしたか。それなら入院することは無かったな。一月後に、もう一度診せて下さい。」“???。一月後に、いったい何をフォローなさるおつもりで? バカヤローメ!”でも、そこは「はい」とにっこり笑い、後ろ向いて舌出して、無視して今日に至っている。

〈私の医療体験の、何が、どう問題なのか〉

結果的には、子供は病気ではないことが判明

し、黄疸も引き、無事母乳育児に戻る事ができた。だが、これは、専門的な医療の働きによって導かれた結果ではない。マイナスの方向へばかり引き込もうとする医療の力に抵抗して、自力で振り出しに戻れただけのことである。しかも、本来要らぬ筈の精神的苦痛と、他に使われる筈の大切な時間と、なにがしかの金品という代価を支払ってである。

何故、こんな粗末な医療がまかり通るのか、医療の何が、どう問題なのかを探ってみよう。まず、最もショックであったのは、予想をはるかに越えて、これほどまでに患者の権利が守られ難い医療の現状である。あらゆる局面で、インフォームドコンセントがまるで存在しないのである。検査然り、治療然り、看護然りである。説明もあり、質問にも答えてくれ、実際に医療を受けたのであるから、同意したことになるのだが、私たちが医療の主体である、と感じたことは全くなかった。行き先の分からない列車に、無理矢理押し込まれたという感じなのだ。だからといって、医療者に悪意があるのでは決してない。真面目に、積極的に、親切に取り組んでいるのが、しっかりと感じられる。しかし、まるで、患者はそれを望んでいるに違いない、とでも言うようにことが運ぶのだ。患者の権利だとか、インフォームドコンセントだとか、世間の騒ぎを諸ともせず、パターンリズムが健在なのである。パターンリズムを温存する土壌は、医療者の中にだけでなく、市民一人一人の中にあるのは言うまでもない。私の受けた医療で、パターンリズムが顕在化したとすれば、それは、強引な医療を許してしまった、他ならぬ私の責任でもある。だが、平常時のそんな意識も、現実の医療の場では、簡単に医療者の意志に呑み込まれてしまう。それ程医療者は強く、患者は弱いということを実感した。インフォームドコンセントに於ける医療者の責任の重さと大きさを、医療者はもっと自覚せねばならないのである。

もう一つショックだったのは、あらゆる局面に看護婦が登場しながら、専門職としての影が

余りに薄い点である。どの人も、慈悲深い眼差しと、優しく親切な態度で、とても心地よいのであるが、そこに、専門職としての優しさが感じられないのである。つまり、自律した看護専門職として期待される、患者を擁護し、患者の権利を尊重し、伝統的役割を拒絶する¹⁾といったことが、日常の看護婦の行動のなかに見えてこないのであった。まるでB級ドラマで演じられる看護婦そのままに、一步下がって医師に傳く、あれなのである。医師を介さないで、患者と看護婦がダイレクトなメッセージを送り合う余地が無いのである。しかも、看護婦は直接患者と接し、流行のNANDA（北米看護診断協会の略）の看護診断枠組み（資料1）を用いて情報を得るという、形としては最新の看護過程を展開している風であったにもかかわらずである。

私は、医療に於いて患者の権利が守られ難く、医療者と患者が同等の立場で歩み難いのは、看護婦の自律と深く関わっていると考えている。その点から、看護婦が専門職として自律していくための一つの手段として、NANDAの看護診断枠組みが臨床に導入されていくことを歓迎している。だが、同時に、余りに早急に無批判に見える導入の動向を見て、足元を掬われるのではないかと危惧もしている。今回、患者の側からそれを体験して、看護の自律を助ける切り札としていくには、解決せねばならない課題が山積みだと実感した。しかし、その解決は、医療を良くしていく原動力となるはずである。そのことを、看護婦は自覚せねばならない。

〈“看護診断”は専門職としての自律を助ける切り札となり得るか〉

＃何故“看護診断”は流行るのか

昨今はNANDAの枠組みを使った看護診断が、特に臨床の看護婦の間で大流行である。まるで、「NANDAの看護診断イコール看護である。」かのような勢いに、戸惑いを覚えている²⁾のは私だけではあるまい。私も長く臨床をやってきたので分かるのだが、臨床現場の看護

資料 1

看護診断類型

1. 呼吸—環境—体温調節

気道確保困難
非効果的呼吸パターン
ガス交換障害
心拍出量の変調：減退
体液量の変調：過剰
体液量不足
体液量不足の予測
組織灌流の変調：脳性、心肺性、腎性、胃腸性、末梢性
非効果的体温調節
体温の変調：予測
発熱
低体温

2. 栄養—代謝

栄養の変調：必要量より少ない
栄養の変調：必要量より過多
栄養の変調：必要量より過多の予測
嚥下障害

3. 排泄

排便の変調：便秘
排便の変調：下痢
排便の変調：失禁
排尿パターンの変化
失禁：機能的
失禁：反射的
失禁：ストレス
全失禁
失禁：衝動的
尿閉

4. 活動—休息

活動耐性の低下
活動耐性の低下の予測
セルフケア不足：食事摂取、入浴／衛生、着衣／身づくろい、排泄
身体的可動性障害
娯楽活動の不足
睡眠パターンの乱れ

5. 皮膚—粘膜の保全

皮膚の変調
皮膚の変調の予測
組織の変調
組織の変調：口腔粘膜

6. 性—生殖

性的機能障害
性パターンの変調

7. 感覚—知覚

感覚 知覚の変化：視覚、聴覚、味覚、触覚、嗅覚
安楽の変調：疼痛
安楽の変調：慢性的疼痛
コミュニケーション障害：言語

8. 自己像—自己実現

不安
恐怖
悲嘆予測
異常な悲嘆
自己概念の動揺：身体像、自尊心、役割遂行、人格のアイデンティティ
霊的苦悩
無力
思考過程の変調
婦女暴行による精神外傷症状
婦女暴行による精神外傷症状：混合反応
婦女暴行による精神外傷症状：サイレント反応
暴力行為の予測：自発的または他者の指示による

9. 健康認識—健康管理

知識不足
不従順（ノンコンプライアンス）（特定の）
健康維持の変化
障害予測（服毒、窒息、外傷）
非効果的個人の対処
非効果的家族の対処：同調
非効果的家族の対処：欠陥
成長の可能性のある家族の対処
適応障害
成長発達の変調

10. 役割—関係

家政管理障害
養育行動の変調
養育行動の変調予測
社会的孤立
家族過程の変化
役割行為の変調
社会的相互行為障害

注) NADNA（北米看護診断協会）の1986年会議で承認された看護診断類型¹⁰⁾を生活 行動様式の枠組みで整理した。

<右記より引用> 松本光子：看護過程：看護診断過程 表4 看護診断類型
JJN スペシャル No. 21(7)；1991, P28

婦は、専門職としての看護をアピールできるものを、“喉から手が出る”くらいに欲しがっている。それほど自分たちの頑張りが、正当に評価されていないと感じているのである。NANDAの看護診断の枠組みは、社会に、ことに、長く共に医療を行なっているながら看護の力を認めようとしないう医師達に、看護の責任領域を示すにはもってこいだ。それが、それこそ棚から牡丹餅のように、日本の看護婦の目の前に、ポーンと現れたのだから、飛びつくというのは無理な相談。だが、余りに無評判に、余りに準備不足のままに取り入れてはいないだろうか。

私たち親子も、入院中、御多分の漏れずこのNANDAの枠組みで看護診断されていたようである。どのような診断が下されていたのかはしる由もないが、明確な診断の基づく、系統的な看護を受けたという印象はない。にもかかわらず、何故“看護診断”は流行るのだろうか。看護婦がNANDAをはじめとする、看護診断の枠組みを求める仕組みを、もう少し探りながら、看護そのものが抱える課題を再考してみよう。

#まず医学コンプレックスから抜け出すこと

看護の必要性に着目して、体験の中から問題点を探ってみよう。黄疸の精査目的での緊急入院であるから、いわゆる医学との“共同問題”として、“疾病（この場合「胆道閉鎖」又は「乳児肝炎」）の潜在的状態”としてとらえられる。したがって、原因究明のための医学診断過程に同調しながら、看護としては、患者の生活反応を系統的且つ全体的にとらえ、アセスメントしていくことが重要となる。実際、病気との関連の深い、便の色や性状、食欲（母乳の飲み具合）とその結果としての体重増加の程度、機嫌、などの情報が収集されていたが、これらの情報は、看護としてどのようにアセスメントされたのであろうか。黄疸があり、T. BILは24と高値ではあるけれども、前述したような生活反応には、問題がないばかりか、極めて良好な状態である。医学診断との間に葛藤が生じても

不思議はないのだが、結果として、これらは完璧に医学に呑み込まれてしまった。まず、ベテランナース（？）の私自身が、医師の一言で、それまで自信を持っていたはずの、そして結果的にも正しかった、総合的なアセスメントを簡単に手放してしまった。医院や外来のナースはまるでお客であったし、病棟のナースは情報を調理する気配を見せなかった。看護の専門職でありながら、何故、看護婦は専門職性を発揮するのを躊躇うのか。医学との対比の中で、看護の機能を整理しながら見つめてみよう。

医学は人間の身体機能を細分化し、その一つ一つを徹底的に究明していくことで専門性を発揮している。それに対して看護は、生活というフィルターを通して、その人の健康問題を身体的・心理的・社会的側面から分析しようとするものである。そして、それらの統合体として人間をとらえるという発想を越えて、人間を丸ごとの存在として受け止め、全人的な接近を図ろうとする、ホリースティックな人間観に拠る所を求めている。医学は病像を示すデータに着目して、その原因に直接働きかけて、それを除去することにより、その人の病気を治そうとする。それに対して看護は、その人の生活像に着目して、その人を取り巻く環境や、その人の健康観に働きかけることを通して、健康問題の解決を図ろうとしている。医学が“悪いところを見つけ出してやっつける”のに対して、看護は“良いところにも注目して、その人が本来もっている健康へ向かう力が充分に発揮できるように手助けする”のである³⁾⁴⁾。医学のプロブレム志向に対して、看護はプロブレム&ウェルネスの視点でクライアントを見つめている。また、もう一つ、医学との際だった違いは、看護がクライアントだけでなく、その家族を援助の対象としている点である。「今一番気がかりなことや心配なことは？」という発問が、患者本人ではなく、患者の母親である私に対して、当然のこととして発せられるほど、それは一般化している。このように、医学と看護の機能は相補的な関係にあり、どちらが欠けても膨れ上がって

も、人々の健康問題にとってモンダイとなる。看護は本来、優れて意味ある役割を担っている筈なのである。

#看護の特性をわきまえておくこと

では、このような意義ある視点を備えながら、何故、現実の場面では、それを十分に発揮した役割行動がとれないのだろうか。何故、医学の傘の下で、医学を助けるために存在するかのように扱われるのだろうか。一つには、支配したがる医師と、依存してしまう看護婦のパーソナリティが、医師の手助けとしての役割行動を再生産していくという、根の深い問題がある。もう一つは、看護の機能の特性故の問題である。ここでは、この第二点目の問題について考えてみたい。

医学が扱う現象は、その特性から分かるように、量的な尺度での測定が可能である。逆に言えば、測定できるものに着目していけば、現象を説明でき、アプローチの効果を評価できる。また、その積み重ねによる結果が、普遍的な概念として容易に一般化できるために、実践レベルでの方法論も明確である。ところが看護が扱う現象は、身体的・精神的・社会的に統合された人間全体であり、クライアントの健康観であり、クライアントを取り巻く物的・人的環境等である。これらは、医学のような尺度で、定量的に測定できるものではないし、定量化できる部分を寄せ集めたからといって、全体を説明することは不可能である³⁾⁴⁾。その為に、理想高く掲げられた概念を一般化し、実践レベルでの方法論を示すのは大層困難である。看護婦が直感的に正しい判断を下したり、援助に対するこれだと思える手応えを得たとしても、その中味を充分説明し得ないのが臨床の現状であろう。この積み重ねが、個々の看護婦の中に、看護の役割を内面化していくことを困難にしているのは、想像に難くない。そしてそれが、医師に対して一歩引いてしまう役割行動をとらせたり、医師との葛藤にきちんと向き合えなくする要因となっているのではないかと思うのである。看

護の役割を、実践レベルで具体的に示せることは、看護が自らの役割に自信を持ち、専門職として自律していく上で不可欠である。その意味で、例えば NANDA の枠組みを用いることは、たとえそれが看護の全領域をカバーするものでないにしろ、看護の自律にとって大きな戦力であることは間違いない。勿論、その限界をわきまえて、道具として使いこなすことが前提であるのは言うまでもない。

#情報収集の持つ意味

NANDA の枠組みが、看護の専門性を明確に示すための切り札として、臨床に素早く取り入れられたにもかかわらず、妥当な看護診断と、それに基づく援助が行なわれていると言いはし難い。例えば、私たち親子の、手間暇懸けて入手された、実に膨大で、しかし、身体的・心理的・社会的側面に上手く整理されている筈の情報は、どのように処理され、どのように看護として活用されたのであろうか。結局のところ、情報収集のための情報収集にすぎなかったのではないか、という印象は拭えないのである。接触したどのナースも、実に親切で優しくして下さったのもかわらず、つながりのある意図的な援助を受けたという手応えは、残念ながら感じられなかった。情報は情報、実践は実践、という感じで、情報と実践との間の脈絡が、看護の受け手である私には伝わってこなかったのである。NANDA の枠組みによる、立派な情報収集のリストを用いているにもかかわらず、このようなちぐはぐな現象が生じるのはなぜだろう。

入院時、私はかなり動揺していた。NANDA の診断枠組みで言うならば、“強い不安”の状態にあったといえる。しかし、一言で不安といっても、そう単純ではない。何によって引き起こされたものか、何に向けられたものかを考えてみても、私の場合でざっと次のようなものが列挙できる。まず、子供の病気の診断に対する恐れ。当然のことながら、これは不安の核になるものである。しかし、それだけではすまない。

入院による環境の変化へのと惑いと、親子でこの環境に適応せねばならないことに対する憂鬱。上の子供達が母親無しの生活を強いられることに対する心配。私の代役をするために、急遽生活を変更せねばならない夫や母に対する気遣い。そして、最悪の場合、入院が長期化することによる経済的な心配や、人生設計の変更を余儀なくされることへの恐れ、等々。それこそ、芋ずる式に拡がってくるのである。しかも、入院の大荷物を整理し、おむつを換え、授乳をし、家族と連絡をとり、等々、目の前の現実の生活をこなしながら、大きな魂となつて一時に押し寄せてくる不安を受け止めねばならないのである。その時の私には、何よりも強力な心理的サポートと、生活面での現実的で具体的な手助けが必要な状況だった。

「不安」という医学診断は無いが、NANDAの看護診断リストには、ちゃんと「不安」は挙がっている。看護は不安を持つクライアントの援助に、責任を持てるとしているのだ。したがって、私への「今一番気がかりなことや心配なことは？」という問いかけは、看護の専門職としての介入である。私は心理的ダメージや、家庭の大変さなど、問われたことには率直に答えたつもりであるが、プライバシーをさらけだした代償が得られたとは言い難い。そこにそういう質問項目があるから聞かねばならない、という感じであった。勿論、病気が否定されて、「悪いものでなくて良かったですね」という言葉を貰ったときは、間近で病氣と闘っておられる方々には申し訳ないが、正直嬉しかった。心配して貰っていたのだという、実感が得られた点に於いてである。だが、専門職としての不安の援助としては、これだけではいただけない。専門職としては、私の適応を促し、つらい体験を経て自己実現に向かう過程を支援する役割を負っている筈なのだから。“終わり良ければすべて良し”とでもいうような、他力本願では、専門的な看護とは言えないのである。看護の専門領域の問題であるにもかかわらず、専門職として活きた介入ができないのは、看護婦が“情

報収集のための情報収集”の呪縛から、容易に抜け出せないためではなかろうか。

この、情報収集のための情報収集としか思えないような行動は、日常のあらゆる場面で見受けられる。例えば、患者に委託された、食事や排泄の記録がそれである。私の場合であれば、授乳した時間と量、及び、おむつ交換の時間と交換毎に計測された尿と便の量の記録を、検温時にチェックしていくということが繰り返された。入院から退院まで、外泊中でも病院で待機している間はずっと、当然しなければならないこととして位置付けられていた。そもそもこのような情報は、何の為に必要で、どう活かされるべきものののだろうか。少なくとも、入院の時点では、これらの情報など不要なことは、問診から明らかな筈である。ところが、48時間の断乳を始めた時点からは、脱水や栄養不足の兆候をいち早くキャッチするための重要な情報となる。それは、時期を逸することなく適切な対処をするためであり、そのためには、タイムリーなアセスメントが不可欠なのは言うまでもない。次に、母乳を再開し、通常のリズムを取り戻してからは、再び不要となる筈である。このように、わずか8日間の中にも、3つの段階があるにもかかわらず、終始、同一の内容とペースでの情報収集が繰り返された。これは、情報収集という行為に、意図性や目的性が込められていないからに他ならない。情報収集が持つ意味を内在化した上でクライアントに向かう、という前提が抜けているのである。

看護の情報収集は、二つの意味を持つ。一つは、看護の必要性を判断し、適切な援助を導くために必要な情報を得ることである。看護診断のための情報収集は、看護婦が責任を持てる範囲内で、健康上の諸問題に関して、その人に必要な最良の手助けを導くためになされる。あくまでも、看護としての手を差しのべることを目的としているのである。したがって、看護的援助の伴わない看護診断はあり得ない。更には、診断と援助の適切性に対する評価が行なわれなければならない。問題解決過程としての看護過

程が、意図的に展開されねばならないのである。もう一つは、関心を持って観たり聴いたりすること自体が、ケアとなり得ることである。それが、クライアントー看護婦関係の発展に寄与することは言うまでもない。関心を持って関わりを持つことの意義は大きいのである。これらの意味をわきまえた、意図的で能動的な関わりは、クライアントが立ち直っていくための支援の方向性を見だし、クライアントとの信頼関係を築いていくであろう。逆に、この点が希薄であれば、当然、情報収集のための情報収集で終わってしまい、看護は展開され得ない。

このように、自らが行う看護行為の意味が、意識化され、内在化されていることが、形骸化されない、活きた看護にとって重要なものではなからうか。勿論、この内在化を促していくのは、机上での知識の取得による理解ではなく、体験を通してのそれである。体験を意識化し、経験として積み上げていく過程が大事なのである。とどのつまりが、目的意識を持って看護を実践し、実践した看護を分析的に振り返るといふ看護過程の展開を、一つ一つ丁寧に繰り返していくことが、更に、活きた看護を生み出していくということであろう。

＃内在化しておきたい、看護診断の前提

では、どのような意識でもって、看護診断のステップを踏み出すべきなのであろうか。まず、クライアントへの看護的関心が情報収集へと向かわせるのであって、情報収集から看護が始まるのでは決してないという点を確認しておかねばならない。整備された枠組みに沿って情報を集めれば、看護の必要性が診断でき、看護援助ができると考えるのは錯覚である。癒しのまなざしの込められた人間への関心、それを具現化できる人間関係の技術、人間の健康に関する科学的な知識、その知識を統合する理知的能力、知識を具現化する習熟した援助技術、等々が看護診断に向かわせるのである⁵⁾。そして、それを合理的に行うための道具として診断の枠組みを活用して、初めて適切な看護となり得る

のである。

NANDAの看護診断の枠組みは、臨床の看護婦に諸手を挙げて受け入れられ、診断のための情報収集項目の整備も着々と進んでいる。いち早く看護記録の様式を変更して、実際に使っているところも多い。このようなハード面の導入に懸けるエネルギーの凄さには、同業ながら圧倒される。この熱意の根源には、看護の専門性を確立したいという、看護婦の熱い思いが込められているのは言うまでもない。しかし、ハードに懸けるエネルギーに比べて、ソフトに懸けるエネルギーが、余りに小さ過ぎはしないだろうか。何故情報収集を行うのか。何故看護診断せねばならないのか。ハードを使う意義を吟味する努力を怠ると、形骸化したハードだけが一人歩きしかねない。専門性の確立を目指したはずが、うっかりすると、積み上げてきた実績さえも失って、足元を掬われる危険性をはらんでいるのである。“初めに考えありき”という意識を呼び起こしつつ、看護介入を行うことが大切であろう。

＃倫理的側面から見た看護診断

医療者は、健康問題の解決に専門的な援助を提供する役割を負う。クライアントは、医療者がその役割を充分発揮して、健康の回復・増進に手を貸してくれることを願って、大切なプライバシーをさらけ出す。お互いの役割期待をベースにした信頼関係の上に、医療行為は許されているにすぎない。では、看護診断にはどのような倫理的課題があるのか、看護の特殊性をふまえながら考えてみよう。

先にも述べたように、看護はクライアントの生活像に着目して、その人を取り巻く環境や、その人の健康観にははたらきかけることを通して、健康問題の解決を図ろうとしている。クライアントに現れている現象を、その人固有の意味付けを含めてアセスメントし、援助しようというものである。細分化された身体機能のデータの羅列とは違って、生活者としてのその人を、人格にまで踏み込んで知り、援助としての

関わりを持とうとするのである。看護という働き自体が、医学の診断・治療とは比べ様もない程、プライバシーに踏み込むものなのである。それ故、何故その情報を得、援助しようとしているのかについて、自覚するこのなく行われる情報収集や援助は、看護として無意味だけでなく、クライアントのプライバシーを著しく侵害し、人権を傷つけることになる。“give and take”にならない情報収集のための情報収集や、援助の押しつけを、厳に慎まなければならない倫理的理由がここにある。そして、看護がいつの日か、専門職としての自律を果たした際には、医学以上に、倫理を問われる可能性を内包していることを忘れてはならないだろう。

今回の医療体験の中で、私が、看護の専門職としての援助を受けたという手応えを得られなかったのは、私と看護婦が、同じ目的に向かって共に歩めていなかったからに他ならない。看護に対する期待と、看護が援助しようとする内容が、オープンに語られ、看護が共有化されれば、クライアントにも看護婦にも満足できる結果をもたらす筈である。本来看護過程は、クライアントと共にあって初めて、有効で意味ある展開を成す。つまり、看護におけるインフォームドコンセントの成立が、専門的な看護の成立には不可欠ということではなかろうか。

〈エピローグ〉

看護診断という局面から、看護が内包する課題を私なりに探ってみた。子供の入院という個人的な体験に端を発してはいるが、長く現場に居ながら、私自身が越えられなかった課題をめぐっての、改めての自己批判である。したがって、独断と偏見による全くの私見であり、看護

本来の課題を探れたとは言い難い。だが、私見と私見をぶつけ合い論議し合うことが、看護の発展には不可欠だと思っている。“人々に優しい看護”などと、お茶を濁して、“曖昧な日本の看護”をそのままにしておいたのでは、看護の専門職としての自律はあり得ない。それは、看護職にとって不幸であるばかりではなく、人々のその人らしく健康に生きる権利が損なわれるという意味に於いて、社会全体の不幸である。看護が専門職として自律しようとするならば、自らが内包する問題を、自ら診断し、自ら対処していくしかないのである。その勇気と実践力を、今、社会から問われているのではないだろうか。看護が越えねばならないハードルは、決して低くはないが、いつか必ず越えられると信じたい。

最後に、無邪気にも、私から書くための多くの時間を奪い、それ故、私の看護への執着を益々高めてくれた娘に、感謝を捧げたい。

参 考 文 献

- 1) 志自岐康子：看護職の専門職的自律性：その意義と研究。インターナショナルナーシングレビュー，1995：18(1)，23-28
- 2) 川島みどり：看護診断の流れをこのままにしていってもいいのだろうか。看護教育，1994：35(4)，253-257
- 3) 池川清子：看護：生きられる世界の実践知。東京：ゆるみ出版，1991
- 4) ジーン・ワトソン：稲岡文昭，稲岡光子訳：ワトソン看護論：人間科学とヒューマンケア。東京：医学書院，1992
- 5) 野島良子：ケアを拓げる看護診断：その視点とデータ処理の方法を中心に。日本看護研究学会雑誌，1994：17(1)，25-33